

Fact Sheet

Getting Value for Your Premium Dollar

The Patient Protection and Affordable Care Act (the federal health care reform law) limits how much of your premium insurers can spend on administrative costs, marketing, and other non-health care-related costs. If your insurance company exceeds that limit, it must provide a rebate to you.

The health care reform law also requires your health insurer to justify unreasonable premium increases to TDI and the U.S. Department of Health and Human Services.

How does the law ensure the bulk of my premium is spent on health care or quality improvements?

- The law requires insurers to spend at least 80 percent (85 percent for large plans that are not self-insured) of your premium dollars on direct medical care and efforts to improve the quality of care you receive.
- If you get your insurance from a large employer plan that is self-insured, your plan is not required to offer this premium dollar protection.

If you're not sure which, if any, of these requirements apply to your plan, check with your employer, insurer, or TDI.

When does this premium protection affect my plan?

This provision applies to plan years or policy years that begin on or after September 23, 2010. If this protection applies to your plan, the requirements your plan must follow begin on January 1, 2011.

A **plan year** is a 12-month period of benefits coverage which may not be the same as the calendar year. This period is called a **policy year** for individual policies.

How do I know what my insurer spends my premium dollar on?

Beginning in January 2011, all insurers will be required to report their premiums to the U.S. Department of Health and Human Services, which will publish the information on www.HealthCare.gov.

What happens if my plan spends less than 80 percent on medical care?

Insurance companies that are not meeting the medical loss ratio standard will be required to provide rebates to their consumers that are proportional to the premium amount paid by that enrollee. In some cases, the rebate may go to the employer that paid the premium on the enrollee's behalf.

How do I get a rebate?

The rebate program will begin on January 1, 2011, with rebates, if required, paid beginning by August 2012. Your plan will participate at the start of the first plan or policy year on or after September 23, 2010.

What other protections does the health care reform law offer consumers?

The health care reform law also:

- Allows consumers to add or keep children on their health policies until age 26.
- Stops insurance companies from denying benefits to children younger than 19 because of a pre-existing condition.
- Allows certain Texans who have been uninsured for six months and who have preexisting conditions to enroll in the federal Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP).
- Eliminates annual and lifetime dollar limits on your coverage unless your plan received a waiver.
- Requires plans to offer some important preventive services to enrollees without charging a copayment, coinsurance, or deductible.

Hoja Informativa

Cómo Obtener Más Valor por su Dinero en su Prima de Seguro

La Ley de Asistencia y Protección al Paciente (la ley de reforma federal para los servicios de salud) limita cuánto es que sus aseguradoras pueden gastar de sus primas en gastos administrativos, de mercadeo, y en otros costos no relacionados con los cuidados de salud. Si su compañía de seguros sobrepasa ese límite, debe proporcionarle a usted un descuento.

La ley de la reforma del seguro médico también requiere que su aseguradora de salud justifique a TDI y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos los aumentos excesivos a las primas.

¿De qué manera garantiza la ley que la mayor parte de mi prima es destinada a los servicios de salud o a mejorar la calidad?

- La ley requiere que las aseguradoras gasten por lo menos 80 por ciento (85 por ciento para los planes grandes que no son auto-asegurados) de los dólares de su prima en atención médica directa y en esfuerzos para mejorar la calidad de la atención que usted recibe.
- Si usted recibe su seguro por parte de un plan de empleador grande que está auto-asegurado, no es requerido que su plan ofrezca esta protección para su prima en dólares.

Si no está seguro cual, si es que los hay, de estos requisitos aplican a su plan, consulte con su empleador, aseguradora, o con TDI.

¿Cuándo es que esta protección para la prima afecta mi plan?

Esta provisión se aplica a los planes anuales y a las pólizas en años que comienzan en o después del 23 de septiembre de 2010. Si esta protección aplica a su plan, los requisitos que su plan debe seguir comienzan el 1º de enero de 2011.

Un **plan anual** es un periodo de cobertura de beneficios de 12 meses, el cual pudiera no ser el mismo que un año calendario. Este periodo es llamado un **año de la póliza** para las pólizas individuales.

¿Cómo puedo saber en qué es en lo que gasta mi aseguradora los dólares de mi prima?

A partir de enero de 2011, todas las aseguradoras tendrán que reportar sus primas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el cual publicará la información en www.HealthCare.gov.

¿Qué sucede si mi plan gasta menos del 80 por ciento en cuidado médico?

Las compañías de seguros que no estén cumpliendo con la proporción estándar de las pérdidas médicas, estarán obligadas a proporcionar descuentos a sus consumidores que sean proporcionales a la cantidad que ha sido pagada por cada persona inscrita. En algunos casos, la rebaja puede ir al empleador que pagó por la prima en nombre de la persona que está inscrita.

¿Cómo puedo obtener un descuento?

El programa de descuentos comenzará el 1º de enero de 2011, con descuentos, si es que es requerido, pagados a partir de agosto de 2012. Su plan participará al inicio del primer plan anual o año de la póliza en o después del 23 de septiembre de 2010.

¿Qué otras protecciones ofrece a los consumidores la ley de la reforma del seguro médico?

La ley de la reforma del seguro médico también:

- Permite a los consumidores agregar o mantener a sus hijos en sus pólizas de salud hasta los 26 años de edad.
- Evita que las compañías de seguros nieguen los beneficios a los hijos menores de 19 años a causa de una condición preexistente.
- Permite a ciertos texanos que no han tenido un seguro durante seis meses y que padecen de condiciones preexistentes a inscribirse en el Plan Federal de Seguros para Condiciones Preexistentes (Pre-Existing Condition Insurance Plan -PCIP, por su nombre y siglas en inglés).